

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 90

L'Epithélioma Térébrant du Limbe Scléro-Cornéen

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond LEMAISTRE

né à MONTAUBAN (Tarn-et-Garonne) le 8 Juillet 1897



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

L'ÉPITHÉLIOMA TÉRÉBRANT
DU LIMBE SCLÉRO-CORNÉEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 90

L'Epithélioma Térébrant du Limbe Scléro-Cornéen

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond LEMAISTRE

né à MONTAUBAN (Tarn-et-Garonne) le 8 Juillet 1897



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERS ONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie.....	BRETIN.
Histologie.....	GUIART.
Physiologie.....	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X...
Hygiène.....	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie.....	COURMONT (P.).
	X.
	PIC.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAYRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président ; LAROYENNE, assesseur ;
DUROUX et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON JEUNE FRÈRE RENÉ

A MA MÈRE

Bien faible témoignage d'une profonde
reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

EMILE ROUBAU

Sous-Lieutenant d'Infanterie

tué à l'ennemi (Octobre 1918)

A LA MÉMOIRE DE MES COUSINS

PAUL ET EMILIE BAUBESTRE

A TOUS LES MIENS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

Morts pour la France

A MES COMPAGNONS D'ARMES

du 21^e Régiment d'Infanterie Coloniale

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique
Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous l'assurons de notre profonde gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

des Facultés de Médecine de Toulouse, de Lyon
et de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Avant-Propos.

Avant d'entreprendre la rédaction de ce modeste travail, il est pour nous un agréable devoir à remplir : c'est celui de remercier les maîtres qui nous ont instruit.

Nous rendons hommage à tous nos professeurs de la Faculté de Lyon, de Toulouse, de l'Ecole du Service de Santé militaire. .

Nous témoignons tout particulièrement notre reconnaissance à M. le Professeur ROLLET, dont nous avons eu l'honneur de fréquenter le service. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous a patiemment guidé dans notre travail. Il n'a cessé d'être pour nous un maître dévoué, nous prodiguant son enseignement et ses conseils ; nous le remercions donc de l'intérêt qu'il nous a porté et de sa bienveillante sollicitude.

Que notre vive reconnaissance aille aussi au Docteur Bussy, chef de laboratoire de la Clinique ophtalmologique, qui n'a jamais hésité un moment à nous faciliter notre tâche par ses conseils éclairés. Il a bien voulu, en outre, mettre à notre disposition toutes les préparations anatomo-pathologiques dont nous avons pu avoir besoin.

L'ÉPITHÉLIOMA TÉRÉBRANT DU LIMBE SCLÉRO-CORNÉEN

Introduciion et Historique.

L'étude des tumeurs de l'œil est relativement récente, quoique les premières observations en soient déjà anciennes. Mais ces observations sont empreintes de la plus grande imprécision et dénotent l'ignorance qu'on avait de ces affections.

La première notion de tumeur maligne conjonctivale se trouve chez Ætius, qui les décrit sous le nom d'affection développée sur le blanc de l'œil.

Au XIII^e siècle, on retrouve certains articles et descriptions relatives aux tumeurs conjonctivales.

Du Verney le Jeune, en 1703, rapporte à l'Académie des Sciences l'histoire d'un ecclésiastique qui avait une excroissance à l'œil.

Lorsqu'il parle d'une excroissance de chair, Maître Jan fait sans doute allusion à ces affections, tout en précisant qu'elles sont nées à la surface de la cornée opaque et si malignes qu'elles tiennent du cancer. Les caractères qu'il en rapporte sont ceux non équivoques d'une tumeur épithéliale.

Saint-Yves, dans la suite, rapporte des cas pathologiques présentant des caractères cliniques analogues à ceux d'une tumeur épithéliale.

Mackenzie, il y a près de cent ans, décrit le fungus de la conjonctive : « Ce fungus, dit-il, affecte principalement la conjonctive qui recouvre la sclérotique sur laquelle il forme de petites masses irrégulières. Pendant un certain temps, la solidité de la cornée et de la sclérotique suffit pour résister aux effets de la pression de la masse fongueuse, mais, à la longue, le globe oculaire souffre, s'enflamme, crève et se détruit. »

Après lui, nous trouvons Sichel, pour lequel l'épithélioma ne débute jamais primitivement dans le globe, qu'il n'atteint qu'à sa seconde période. Les deux premières observations d'épithéliome de la conjonctive bulbaire, avec examen histologique, appartiennent à de Græfe.

Alt (*Compend, des Norm. und Patholog Hist. des augens*, 1880), étudie l'épithéliome du limbe, surtout au point de vue anatomo-pathologique..

Nous citerons ensuite la thèse de Robineau (1882), et une belle observation de Parisotti, recueillie chez Galezowski (1884) ; il décrit longuement un cas d'épithéliome perforant.

En 1886, Panas publie une intéressante leçon : *Epithéliomes et dermoïdes du limbe scléro-cornéen*. Depuis 1890, cette question n'a cessé d'être à l'ordre du jour des sociétés et congrès d'ophtalmologie. D'intéressantes observations sont rapportées à la Société d'ophtalmologie de Paris.

L'année 1892 a été particulièrement féconde en travaux concernant les tumeurs. Il suffit de citer l'important mémoire de Lagrange, un travail de Caspar (*Archiv für Augenheilkunde*), une étude surtout histologique de Pasquale Sgrosso (*Annali di Ottalm.*), enfin, une communication de Poncet à l'Académie de Médecine.

Actuellement, une étude complète de leurs caractères anatomo-pathologiques permet d'identifier et de classer les tumeurs de l'œil. On les distingue en sarcomes et épithéliomes.

Nous ne nous occuperons, dans notre travail, que des épithéliomes de la conjonctive bulbaire et, à ce sujet, nous mettrons en lumière un mode d'évolution grave, mais heureusement peu fréquent : leur pénétration dans le globe de l'œil.

Les auteurs que nous avons cités comme ayant le plus utilement étudié les tumeurs conjonctivales ont bien montré la marche générale de l'affection ; ils ont, à juste titre, fait ressortir la bénignité relative de l'épithélioma du limbe scléro-cornéen et la possibilité fréquente de sa cure par l'ablation partielle, mais ils n'ont pas assez remarqué les cas exceptionnels dans lesquels la tumeur a tendance à pénétrer dans l'œil.

C'est Mackenzie qui, le premier, — nous l'avons vu plus haut — a signalé l'évolution térébrante des épithéliomes, quoiqu'avec une précision bien relative. Ensuite, Parisotti, et surtout Lagrange, en 1894, en ont fait une étude plus approfondie.

En 1895, M. le Professeur Rollet rapporte un cas d'épithéliome perforant, et le Docteur Picon écrit, à ce sujet, une thèse documentaire.

Il est certain que l'œil est entouré d'une coque merveilleusement disposée pour le protéger, mais cette cuirasse n'est pas sans défaut. Il existe un point faible, où, dans certaines conditions, les épithéliomes peuvent la perforer : c'est le limbe.

Nous avons le privilège de rapporter de la Clinique de M. le Professeur Rollet la récente observation d'un cas de ces tumeurs perforantes, qui, suivie de quelques rares observations recueillies jusqu'à ce jour, montre l'existence de cette forme, rare il est vrai, mais de gravité incontestable.

Avant de publier ces observations, nous donnerons, dans un premier chapitre, une description anatomo-histologique du limbe scléro-cornéen, ce qui nous permettra d'expliquer les mécanismes possibles de pénétration des tumeurs dans le globe oculaire. Nous étudierons ensuite les symptômes de l'épithélioma de cette région, en donnant les caractères particuliers de la forme térébrante, et nous passerons en revue les diverses affections pouvant être confondues avec celle qui nous intéresse et les éléments qui nous permettent de les différencier. Après avoir étudié le pronostic, nous verrons quelles doivent être les méthodes de traitement appropriées aux différentes formes de ces tumeurs limbiques. En dernier lieu, nous donnerons les conclusions de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

Le limbe scléro-cornéen et le mécanisme de pénétration des épithéliomas limbiques à l'intérieur de l'œil.

Cliniquement c'est seulement au niveau du limbe scléro-cornéen que les tumeurs développées au niveau de la conjonctive ou des annexes oculaires peuvent pénétrer à l'intérieur de l'œil. L'étude anatomique de cette région doit nous donner l'explication de ce fait clinique.

1. — *Considérations anatomiques et histologiques sur le limbe.*

Intermédiaire à la cornée et à la sclérotique le limbe provient à la fois de ces deux membranes. La présence de la conjonctive lui donne des caractères particuliers ; enfin sur la coupe apparaît la lumière du canal de Schlemm.

L'ÉPITHÉLIUM. — La terminaison de la conjonctive bulbaire en ce point modifie la régularité de cet épithélium, les cellules superficielles sont toujours plus irrégulièrement pressées les unes contre les autres, paraissent moins colorées et forment une limite plus distincte. Les cellules basales deviennent plus petites, sont pauvres en protoplasma et le noyau est plus fortement coloré.

LE STROMA. — Les couches conjonctives perdent leur irrégularité, prennent l'aspect du tissu conjonctif et l'on voit des vaisseaux apparaître dans leur intérieur.

LES VAISSEAUX. — Ils se montrent déjà au niveau de la membrane de Bowmann et ils forment de très fins capillaires, d'abord superficiels ; à mesure qu'on s'éloigne de la membrane de Bowmann ils deviennent plus nombreux et se mélangent aux gros vaisseaux et constituent dans leur ensemble le réseau vasculaire limbaire superficiel, le seul qui préside à la nutrition de la cornée. La forme de ce réseau sur des coupes méridiennes est celle d'un triangle dont la pointe est au bord de la membrane de Bowmann, tandis que la base répond à la conjonctive sclérale et à l'épiscière. Il est constitué par les dernières branches des artères ciliaires antérieures ; de ce réseau émanent de petites branches qui s'anastomosent et forment des arcades d'où partent de très fines artérioles qui forment à leur tour un dernier réseau en rapport avec les veines. Les arcades veineuses mesurent un volume double des arcades artérielles et se réunissent avec les veines voisines pour former un très riche réseau ramifié.

Au point de vue qui nous occupe spécialement ce système artériel limbique présente des dispositions importantes à connaître.

Il provient en réalité des artères ciliaires antérieures qui se divisent en artères épisclérotidiennes formant le réseau décrit plus haut; quant aux perforantes, elles se continuent avec les ciliaires postérieures.

LES VEINES. — *Canal de Schlemm.* — La résistance de la région limbique est affaiblie par la présence dans son épaisseur d'un canal annulaire annexé au système veineux : *le canal de Schlemm*. Ce canal souvent double n'a pas de paroi propre mais représente seulement une lacune de stroma limbair revêtue d'un mince endothélium. Il communique en avant avec le réseau veineux limbique décrit plus haut et en arrière avec le réseau ciliaire.

LES LYMPHATIQUES. — Ils sont assez abondants et constituent deux formations relativement distinctes :

1° Un plexus limbique formé de fins vaisseaux en rapport avec les lacunes du stroma ;

2° Des gaines lymphatiques périvasculaires dont les plus importantes au point de vue qui nous occupe, sont celles qui entourent les artères perforantes.

LE SYSTÈME TRABÉCULAIRE. — Nous n'en ferons pas une description détaillée, mais nous signalerons simplement sa présence dans cette région ; en effet les cavités, les petites lacunes, les fentes qui dépendent

de ce système trabéculaire et pénètrent plus ou moins dans le stroma limbique entraînent un affaiblissement de l'épaisseur et de la résistance de cette région limbique.

2. — *Mécanisme de pénétration.*

Les considérations anatomiques que nous venons de développer nous permettent de comprendre pourquoi la région limbique est le seul point du globe oculaire qui se laisse forcer par les néoplasmes ; il y a là en effet une série de points faibles qui permettent à une tumeur de franchir l'enveloppe scléro-cornéenne.

On peut invoquer pour expliquer cet envahissement trois mécanismes qui sont du reste démontrés par les examens anatomo-pathologiques.

1° ENVAHISSEMENT ET ÉROSION DIRECTE DU LIMBE. — Toute tumeur maligne développée au contact du globe oculaire envahit plus ou moins le sac scléro-cornéen. Cet envahissement se limite aux seules couches externes ; la régularité et l'épaisseur de la sclérotique ou de la cornée opposent au processus néoplasique une barrière infranchissable.

Mais au niveau du limbe il n'en est pas de même. Cette région est en effet de par sa simple constitution anatomique beaucoup plus faible. Nous savons en effet dans un autre ordre d'idées que, dans une contusion violente du globe, c'est le limbe qui cède. C'est donc le point le plus faible et le moins épais. De plus cette région limbique est encore amincie et affaiblie

par la présence à son niveau du canal de Schlemm qui ne présente aucune paroi propre et qui est creusé aux dépens du stroma. Enfin ce stroma est encore diminué par la présence au niveau de ses couches profondes de formations trabéculaires dépendant de l'espace de Fontana : il n'est donc pas étonnant qu'un néoplasme qui, au niveau de l'équateur, érode simplement les couches externes de la sclérotique, trouve dans la région limbique une barrière beaucoup plus faible et puisse arriver à la forcer ; en fait c'est ce qui se produit souvent : une tumeur limbique érode les couches superficielles du limbe, envahit le canal de Schlemm, puis les espaces trabéculaires et pénètre ainsi dans l'œil. En avant du limbe ou, au contraire, en arrière, la cornée et la sclérotique se défendent mieux et l'envahissement néoplasique trouve, au niveau des membranes de Bowmann et de Descemet, une résistance beaucoup plus sérieuse.

2° ENVAHISSEMENT PAR LA VOIE SANGUINE. — Nous avons décrit tout à l'heure l'existence au niveau du limbe ou plus exactement un peu en arrière des artères perforantes qui traversent toute l'épaisseur de la sclérotique ; les boutonnières ainsi créées constituent des voies de pénétration toutes tracées. On sait en effet que certaines tumeurs utilisent pour se propager la voie artérielle, soit en cheminant lentement autour du vaisseau lui-même et dans sa paroi, soit en poussant dans la lumière des vaisseaux un bourgeon lentement accru qui parfois se détache et forme des embolies et des métastases à distance. Les épithélio-

mas de la région épibulbaire utilisent volontiers cette voie de pénétration ; dans certains cas, elles traversent au niveau de la boutonnière et forment une tumeur en bouton de chemise, avec une moitié externe conjonctivale ou cornéenne, et une moitié interne irio-ciliaire réunies par un pédicule. Dans d'autres cas, une petite métastase née de la tumeur limbique se développe d'abord isolément dans le corps ciliaire et ne se réunit que plus tard à la tumeur externe.

Dans l'observation XIII de cet ouvrage, Fusita décrit des cellules néoplasiques qui s'avancent le long des vaisseaux ciliaires jusqu'au corps ciliaire et à la racine de l'iris.

3° ENVAHISSEMENT PAR LA VOIE LYMPHATIQUE. — Nous savons qu'il existe un riche réseau lymphatique au niveau du limbe (plexus et troncs) ; ce réseau est en communication avec les lacunes du tissu conjonctif et avec les gaines lymphatiques périvasculaires des artères perforantes ; on comprend que le néoplasme puisse utiliser ces deux voies pour pénétrer à l'intérieur de l'œil.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

I. — Les épithéliomas limbiques sont toujours des *épithéliomas malpighiens*. Dans l'immense majorité des cas ils appartiennent au *type spino-cellulaire*, c'est-à-dire qu'ils sont formés de petits lobules épithéliaux plus ou moins confluent, séparés par un stroma conjonctif. Ces lobules sont constitués par un amas de cellules polyédriques assez volumineuses, à gros noyaux bien colorés et qui s'engrènent les uns avec les autres par de petits prolongements en épines. Leur protoplasma abondant renferme des grains d'éléidine; enfin, par places, on trouve des formations en bulbe d'oignon formées de cellules ayant subi la dégénérescence cornée et qui ont reçu le nom de globes cornés. Cet aspect de la tumeur que nous venons de décrire constitue l'*épithélioma malpighien spino-cellulaire typique*. Parfois l'aspect cellulaire est moins

caractéristique, les cellules s'éloignent davantage du type épithélial et l'on a affaire aux épithéliomes métatypiques ou atypiques.

Enfin, plus rarement encore l'épithélioma limbique revêt le type *baso-cellulaire*. Il est formé alors de cellules qui rappellent l'aspect des cellules malpighiennes basales ; il peut être à son tour typique, métatypique ou atypique.

II. — On a décrit au niveau du limbe des cellules de nature conjonctive ; elles sont rares et reproduisent la forme sarcome, c'est-à-dire qu'elles sont formées d'un amas de cellules du type conjonctif, rondes, fusiformes, etc..., avec une substance intermédiaire nulle ou très peu abondante.

III. — *Les tumeurs pigmentées* sont relativement fréquentes ; on en a fait tout d'abord des épithéliomas mélaniques, puis des sarcomes mélaniques et on tend actuellement à les considérer comme des nævi pigmentaires ayant subi la dégénérescence maligne.

IV. — Enfin Panas s'est demandé si ces tumeurs, fréquentes à la partie externe du limbe ne représentaient pas des dermoïdes dégénérés, de véritables kératomes, mais rien n'est venu confirmer cette hypothèse.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Le début de l'affection est assez insignifiant. C'est un petit bouton de la grosseur d'une tête d'épingle, une grain de millet, une petite tache qui n'éveille aucune inquiétude. Croyant à un accident passager et sans importance, le malade continue à travailler. Son œil est rouge, larmoyant, la conjonctive réagit par une inflammation souvent légère ; la vision n'est pas atteinte. A ce moment on peut se méprendre et confondre avec une simple phlyctène, que l'on traitera par la cautérisation, moyen qui expose à bien des dangers. Le malade continue à éprouver de la gêne oculaire, a la sensation continuelle de gravier et la tumeur augmente prenant ses caractères définitifs. C'est, le plus souvent, lorsque le néoplasme est bien constitué que le malade vient consulter.

Le siège de la tumeur est variable. Panas estime qu'il est beaucoup plus fréquent à la partie externe et que c'est là une analogie frappante entre cette tumeur

et les dermoïdes congénitaux. Cela est vrai pour l'épithélium du limbe ; mais quand le mal siège à quelque distance de la cornée, il est souvent placé en dedans de cette membrane entre le limbe et la caroncule.

La tumeur dans les débuts a une forme verrueuse ; mais cette pseudo-verrue peut prendre rapidement un développement tel qu'elle peut arriver à avoir les dimensions d'un œuf de poule, écartant les paupières entre lesquelles elle apparaît comme une masse rouge, noircie, soit par des hémorragies, soit par de la mélanose. Sa surface est alors toujours plus large que sa base : quelquefois elle semble pédiculée, et fréquemment la cornée qui en est recouverte n'a avec elle que des relations de contact. L'épithéliome s'étale à la surface de la membrane transparente sans l'endommager. C'est ainsi que Guépin put chez un de ses malades gratter une plaque épithéliale à la surface de la cornée sans qu'elle perdît de sa transparence. La tumeur ainsi constituée est d'habitude mamelonnée, rougeâtre, sanguinolente, quelquefois cependant on y trouve comme une substance qui recouvre la cornée sans lui adhérer.

Nous venons de donner là les caractères de l'épithéliome de surface, mais il peut se faire en outre qu'à la faveur d'une irritation subite, par exemple, il se produise une prolifération en profondeur.

Dans ces cas graves la cornée, dont les lamelles voisines du limbe sont infiltrées par les cellules épithéliales, est détruite par le néoplasme conjonctival qui fait pénétrer ses trames dans l'épaisseur de l'hémisphère antérieur de l'œil : le globe a été perforé.

Aussi, dans tous les cas, et surtout quand les ganglions pré-auriculaires et sous-maxillaires ne sont pas engorgés, il faut avant d'en arriver à l'intervention bien reconnaître la base du mal et chercher avec un stylet à limiter le point d'implantation.

C'est une tumeur habituellement unique mais autour d'elle peuvent parfois être placées des bosselures distinctes. Elle n'est pas, ou alors bien rarement, le siège d'hémorragies vraies : de ce côté il n'y a jamais eu d'accidents fâcheux à signaler. On ne constate la présence de petits épanchements sanguins à sa surface, ulcérée ou végétante, qu'après des mouvements fréquents de paupières, des attouchements de diverses sortes ou à la faveur d'irritations extérieures. La couleur noire de ces épanchements tranche alors sur le fond rouge framboisé de la tumeur ; quelquefois on voit apparaître une sécrétion séropurulente.

La tumeur, de consistance inégale suivant les points est entourée d'une conjonctive hyperhémiciée. La vision est parfaite au début jusqu'au moment où la cornée s'infiltré.

Quelques auteurs : Galezowski, Bousquet, Pasquale Sgrosso, ont attiré l'attention sur les adénopathies préauriculaires et sous-maxillaires ; il est possible que dans certains cas la réaction ganglionnaire trouve sa cause ailleurs : dans notre observation I, elle relève d'abcès froids et de fistules dentaires. En outre elle peut être purement inflammatoire, mais la récurrence au niveau des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires après l'exérèse du néoplasme causal démontre

la possibilité de métastases cancéreuses dans les ganglions tributaires du limbe scléro-cornéen.

Dans tous les cas rapportés par les auteurs le ganglion préauriculaire aurait été pris avant les ganglions sous-maxillaire et parotidien.

Lorsque la marche est rapide les métastases peuvent se faire dans l'orbite, et dans les viscères ; les tissus de l'orbite et le périoste lui-même peuvent être envahis, rarement il est vrai, avant que la cornée et la sclérotique soient encore profondément infiltrées.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Quelles sont les affections qui peuvent à un degré quelconque et aux phases diverses de leur évolution être confondues avec l'épithélioma ?

Nous avons déjà dit qu'au grand début l'affection pouvait revêtir la forme phlycténulaire. Mais en vérité, la conjonctivite phlycténulaire s'accompagne d'une inflammation plus intense. Les phlyctènes sont de nombre multiple et très capricieuses quant à leur siège.

La pinguécula pourrait peut-être en imposer pour une tumeur épithéliale ; mais il est rare de ne pas reconnaître son pannicule de graisse.

Il est surtout une affection que tous nos efforts tendront à bien différencier de l'épithéliome ; c'est le dermo-épithéliome de Parinaud. Cette tumeur a bien les caractères d'un épithélioma, mais pénétré par des expansions de tissu conjonctif dans lesquelles rampent de nombreux vaisseaux. De plus cette affection

se différencie étiologiquement par son apparition précoce chez des sujets jeunes, son développement à l'époque de la puberté. Elle est d'aspect bien différent : tumeur demi-translucide de couleur rouge jaunâtre sur le bord externe de la cornée ayant tendance à se développer en nappe et à envahir la cornée sur une assez grande étendue. Le plus souvent dans ce cas il est possible de signaler en même temps d'autres néoformations dermiques.

Le point de départ exclusif de ce dermo-épithéliome est le limbe. La tumeur, de petites dimensions, offre un aspect lisse ; volumineuse, elle est granuloïde : à la longue elle peut devenir maligne.

Nous ne confondrons pas l'épithéliome avec l'hypertrophie conjonctivale résultant de la présence de corps étrangers, avec le cysticerque sous-conjonctival, avec l'ecchymose sous-conjonctivale.

Nous ne confondrons pas davantage le ptérygion charnu sarcomateux, qui, par sa forme triangulaire bien spéciale, la possibilité de le saisir avec les pinces et de le soulever en partie, se distingue bien nettement de l'épithéliome.

Quant aux papillomes ce sont de petites tumeurs grises rougeâtres, ou rose pâles, arrondies, agglomérées, offrant l'aspect de petites fraises. Leur évolution est lente et ne comporte jamais la moindre ulcération.

Il nous faut citer parmi les diagnostics exceptionnels : le lupus, le chancre et les gommès syphilitiques de la conjonctive.

Le lupus très rarement primitif se présente sous forme d'élevures diaphanes, de couleur sucre d'orge.

La distinction du chancre est rarement embarrassante. Cet accident syphilitique, peu commun au niveau de la conjonctive oculaire, a l'aspect d'une exulcération arrondie, à bords réguliers ; l'adénite est précoce, la marche rapide. Au contraire la marche de l'épithélioma est lente, l'adénopathie est rare et toujours tardive.

Quant aux gommès de la conjonctive, les antécédents, l'évolution rapide de cette lésion et le traitement permettent d'en découvrir la nature.

Dernière affection, et non la moins importante, qui peut en imposer pour un épithélioma, c'est le sarcome primitif de la conjonctive. Mais la plupart de ses symptômes sont aisés à reconnaître : début fréquent au niveau du limbe, aspect pédiculé de la tumeur qui peut, sans lui adhérer, recouvrir la cornée, marche souvent fort lente au début. Mais ce qui importe c'est que le sarcome est souvent mélanique, il se montre souvent à la place même d'une tache mélanique de la conjonctive. Il est très vascularisé et saigne au moindre contact.

Ce qui distingue nettement cette tumeur, c'est sa marche franchement envahissante à un moment donné de son évolution, et sans grand retentissement ganglionnaire.

Nous éviterons donc toute confusion fâcheuse entre ces diverses affections et l'épithélioma, en précisant bien les caractères distinctifs de chacune, et en nous appuyant sur des données telles que la rareté de cette affection chez les sujets jeunes et le mode particulier de son évolution. Développement d'un point sur la

conjonctive qui, peu à peu, grossit, peut devenir aussi gros qu'un œuf de poule. Sans que le malade accuse de la douleur, cette masse, rouge et à bords saillants, s'élargit, s'ulcère, se fendille et prend un aspect sanieux : elle empiète sur la cornée, sur la sclérotique dans une étendue variable. Là, se place le point délicat de l'examen, point très important au point de vue pronostic et traitement, celui de savoir si l'épithéliome a pénétré la coque oculaire. L'examen devra être minutieux. Si la tumeur est simplement superficielle, avec les doigts nous pourrions facilement la mobiliser ; elle ne sera pas adhérente aux parties profondes.

Mais si, avec le stylet on explore soigneusement la marge de la cornée, la région limbique et si l'on trouve une adhérence dénotant de l'infiltration et un envahissement des parties profondes, nous serons en présence d'une forme térébrante ou perforante.

CHAPITRE V

Pronostic.

La marche de l'épithélioma de la conjonctive, en général est loin d'être toujours la même, et c'est ce qui explique les divergences si accusées des auteurs à ce sujet. Boiteau, Robineau, Follin et Duplay, Sichel fils, Delens, Lagrange et la plupart des classiques considèrent le pronostic comme toujours très grave. D'après eux la marche est généralement rapide ; la tumeur tend, en se développant, à envahir les parties profondes du globe, et l'œil est de bonne heure compromis. Bumenstein va jusqu'à dire qu'après la perforation précoce de la coque oculaire et des douleurs très vives la mort, avec ou sans généralisation, est le terme fatal de cette maladie.

Appliqués à la généralité des cancroïdes conjonctivaux, ces jugements paraissent aujourd'hui trop pessimistes.

En effet l'épithélioma, en général, respecte le plus souvent les parties profondes de l'œil ; sa tendance

habituelle est de se développer à l'extérieur, de s'étendre en surface et de rester une tumeur épibulbaire. Il peut recouvrir la face antérieure de la cornée sans y causer d'autre dommage que la destruction de l'épithélium. D'après Lagrange, il y aurait une distinction à établir entre l'épithélioma de la conjonctive généralement bénin, au début du moins, et celui du limbe scléro-cornéen, très grave au contraire dans la majorité des cas.

Les cas pénétrants ont évidemment une allure très maligne. La chambre antérieure est envahie après une perforation de la cornée ou plus souvent après infiltration au niveau du limbe : le néoplasme atteint l'iris et même la choroïde. Étape par étape, tous les milieux de l'œil sont compromis et l'on peut même assister à l'envahissement de l'orbite par la tumeur.

Cette extension du mal est donc sans limite et le pronostic en serait fatal sans l'intervention du traitement radical ; il faut donc envisager dans tous ces cas, et sans la moindre hésitation, l'énucléation de l'organe si on ne veut pas risquer les récidives qui suivent presque toujours les opérations partielles.

La récidive survient habituellement, quand elle se produit, quelques mois après l'ablation, quelquefois trois ans après (Obs. I). Souvent elle se fait sur place, ou au pourtour du siège primitif. Elle peut être parfois arrêtée par une opération plus complète ; mais la plupart du temps la terminaison reste la même : un jour ou l'autre l'énucléation devient indispensable.

Même après celle-ci on a plusieurs fois assisté à l'envahissement de l'orbite par des fongosités et à l'in-

vasion des os. La reproduction, au lieu de se faire sur place, peut apparaître dans les ganglions pré-auriculaires ou sous-maxillaires, envahir la parotide, sans traces de rechute locale. Mais ces généralisations sont rares.

Faut-il, à un autre point de vue, attacher quelque importance à la présence de pigments dans la tumeur? Pour Lagrange elle entraîne un pronostic grave. Pour d'autres auteurs plus nombreux, c'est un accident sans valeur.

Le plus souvent l'existence de l'épithélioma de la conjonctive est compatible avec une bonne santé pendant longtemps. De Wecker et Robineau ont rapporté deux cas où la mort est survenue du fait de la cachexie.

En résumé l'épithélioma de la conjonctive bulbaire semble être, dans la majorité des cas, une affection moins maligne qu'on ne l'a pensé longtemps. Les cas graves avec pénétration se rapportent à des malades restés sans soins et chez lesquels rien n'a contrarié l'évolution du néoplasme. Alors qu'une intervention précoce aurait pu le plus souvent prévenir la perte de l'organe, celle-ci devient inévitable après une perforation de la coque oculaire.

CHAPITRE VI

Traitement.

Terrien écrit : « La nature des tumeurs épibulbaires malignes a donné lieu à bien des discussions ; au point de vue clinique ce qui nous intéresse, c'est leur *bénignité relative* déjà signalée autrefois par Panas et aujourd'hui bien établie. Cette notion doit retentir sur le traitement et l'énucléation conseillée par les anciens chirurgiens (Desmarres) et pratiquée encore quelquefois aujourd'hui, doit être rejetée. La cornée et la sclérotique se laissent très difficilement envahir par des néoplasmes quels que soient le volume et l'ancienneté de la tumeur, la propagation aux membranes profondes est exceptionnelle. »

Notre observation I ne corrobore point complètement cette opinion, et prouve qu'à côté de formes relativement bénignes, il est des formes térébrantes d'épithélioma limbique s'accompagnant de destruction du globe et d'envahissement rapide et profond.

Si l'on étudie cette question du traitement on voit que contre les formes légères d'épithélioma on a préconisé les attouchements au sublimé et même les injections sous-conjonctivales à 1 pour 1000.

Darier conseille, lorsque le malade pusillanime redoute le thermocautère, la cautérisation quotidienne avec une solution concentrée de bleu de méthylène, et, lorsque le néoplasme est volumineux il a recours à des injections interstitielles de cette substance.

Le bleu de méthylène peut donc être employé avec succès pour les épithéliomes légers de la paupière et de la face ; mais en ce qui concerne l'épithélioma conjonctival il est d'une application bien difficile pour le malade qui ne peut lui-même faire aisément son pansement, et les résultats en paraissent bien douteux.

Fage pense que le traitement du néoplasme ne doit viser que l'ablation de la tumeur seule, avec raclage des couches sclérales sur lesquelles la tumeur s'implante, et cautérisation au fer rouge. Toutes les récidives doivent être traitées de la même façon, à moins que la cornée ne soit notablement déformée avec infiltration des couches profondes. Dans ce cas l'amputation de l'hémisphère antérieur devient indiquée ; l'énucléation s'impose seulement quand la chambre antérieure et l'iris sont envahis.

Nous pensons qu'en présence d'un épithéliome de la conjonctive bulbaire, il faut sans hésiter songer à sa destruction immédiate et totale. Aussi petite que soit la lésion il faudra toujours *l'exciser* en dépassant très largement les limites du mal. Cette exclusion sera faite au bistouri ou aux ciseaux et toujours

suivie d'une radiothérapie, sans jamais de cautérisation.

Actuellement la radiothérapie peut se faire d'emblée, elle aussi ; elle a une indication formelle dans l'épithélioma limbique, mais de préférence, après l'excision méthodique au bistouri. Notons que dans le cas d'épithélioma épidermoïde rapporté dans l'observation I, M. le Professeur Rollet a obtenu une guérison pendant trois ans, après quinze jours de cette méthode mixte. Les rayons X ont donc une valeur thérapeutique oculaire précieuse dans les tumeurs épibulbaires, évitant ainsi le sacrifice de l'œil. D'ailleurs les rayons X n'ont aucune action nocive sur l'organe visuel, comme le montrent les deux mille séances de radiothérapie oculistique faites à Lyon.

Quoi qu'il en soit, dans tous les cas, après un traitement conservateur, il est indispensable de surveiller les récives possibles, soit après l'excision au bistouri, soit après la radiothérapie et nous verrons dans notre observation combien une récidive peut être grave et profonde.

Si, d'autre part, la cornée est infiltrée par les cellules épithéliales, nous ne voyons d'autre traitement raisonnable que l'énucléation, car, le traitement ne saurait être trop radical.

A plus forte raison, et ceci d'ailleurs n'est discuté par personne, l'énucléation s'impose lorsque la chambre antérieure est remplie par le néoplasme, lorsque l'iris est malade.

Si les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires sont engorgés, leur ablation est aussi nécessaire que l'ablation de l'œil. Nécessaire aussi sera l'exentération de l'orbite lorsqu'on craindra la diffusion des éléments épithéliaux dans les tissus périoculaires.

Observations.

OBSERVATION I (inédite)

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Epithélioma pavimenteux du limbe, à pénétration intraoculaire. Tumeur de surface. Ablation et radiothérapie. Récidive sous forme de tumeur térébrante.

Euphrasie D..., 57 ans, ménagère, entrée à la clinique de M. le Professeur Rollet le 25 avril 1920.

En 1914 cette malade souffre violemment de son œil droit et une rougeur diffuse apparaît. Elle ne remarque rien d'anormal sur son œil en dehors de la rougeur. La vue a baissé un peu à ce moment-là. En 1916 elle aperçoit une formation spéciale sur sa conjonctive, au niveau du limbe. Larmoiement et photophobie, clignement des paupières. En 1920 elle vient consulter pour accroissement de ces tissus qui bourgeonnent.

Antécédents personnels. — Fille bien portante, mari mort alcoolique ; pas de maladies spéciales en dehors d'abcès dentaires ayant laissé des fistules cutanées recouvertes actuellement de croûtes mélitagineuses.

Antécédents héréditaires. — Parents morts vieux. Sœur bien portante.

L'examen de l'œil droit montre des paupières un peu lourdes sur les bords, sans tuméfaction vraie. Quant à la conjonctive, de 3 heures à 9 heures sur le limbe et empiétant sur le quart externe de l'aire cornéenne siège une formation bour-

geonnante, végétante, en forme de point d'interrogation, c'est-à-dire qu'elle a une région plus grosse à 3 heures et une queue de 6 heures à 9 heures. On dirait un pancréas en miniature. La tête arrondie à sa partie supérieure est nettement en saillie sur la cornée, le limbe et la conjonctive périphérique au limbe. La queue se glisse sous la conjonctive limbique de 6 heures à 9 heures intéressant seulement dans cette partie du cadran cornéen l'insertion limbique de la cornée.

Aspect du Tissu. — Tissu ressemblant à du riz au gras écrasé, clair, un peu grisâtre, cependant avec des sortes de fibres directrices plus blanches, sillonnant irrégulièrement les végétations et semblant grouper celles-ci comme les canaux d'une glande groupant les acini. A 7 heures il y a un isthme, un rétrécissement, un col plus étroit. Des vaisseaux abordent la tumeur par son bord externe. Au niveau de la tête de la tumeur il y a comme un fin piqueté hémorragique, comme une suffusion minuscule.

La conjonctive qui encadre notre tumeur est soulevée en auvent ; elle est échyмотique et tendue. De la queue de la tumeur se détache une queue secondaire plongeant à 7 heures vers la base du globe oculaire. La conjonctive est très enflammée en dehors de cette queue secondaire.

A la palpation, la tuméfaction est rénitente, plutôt ferme que dépressible ; elle est insensible au stylet alors que la conjonctive qui l'encadre est hyperesthésique. Ganglions sous-maxillaires, mais abcès dentaires et fistules. Névralgies hémicrâniennes. Au début on aurait pu envisager l'existence d'un papillome. Mais on se rend bien à l'évidence de la tumeur qui actuellement a envahi la moitié antérieure de la cornée. C'est une tuméfaction blanchâtre en choufleur relativement molle, saignant facilement et très largement irriguée par les vaisseaux venus à la périphérie. Cette tumeur adhère très fortement à la cornée et à la sclérotique qui paraît envahie. Elle pousse un prolongement en bas sur la conjonctive bulbaire, jusqu'au fond du cul de sac inférieur. La chambre antérieure et la membrane profonde ne présentent rien d'anormal. Vision : OD = 1/6 —.

En présence de lésions aussi étendues, mais s'accompagnant d'une conservation notable de l'orbite on ne veut pas



Epithéliome du limbe. Récidive (Obs. I).

29 Mai 1923.

pratiquer une amputation du segment antérieur que seule permettrait une ablation complète de la tumeur. On fait aux ciseaux et au scarificateur une *excision* aussi soignée que possible du néoplasme et l'on soumet la malade à un *traitement radiothérapique* (six séances chez le Professeur Bérard) qui donne une amélioration notable.

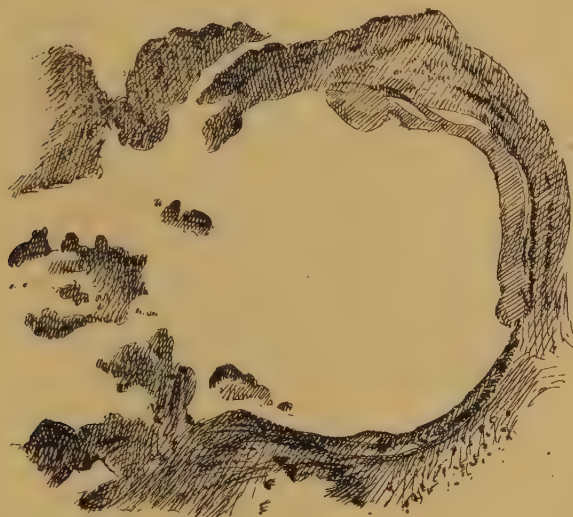
L'*examen histologique* des débris enlevés montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux typique, à globes cornés parakératosiques. La tumeur est constituée par de petits globules arrondis envahissant le derme conjonctival. Chaque globule est formé de volumineuses cellules polyédriques, à gros noyaux ovalaires et qui montrent des filaments exoplasmatiques qui donnent à la partie périphérique de chaque cellule un aspect fasciculé. Nombreuses kariokynèses orientées en sens divers et souvent multipolaires.

En 15 jours, la malade étant complètement guérie avec un vaste leucome bien épithélialisé, quitte le service le 10 juin 1920.

Elle revient le 29 mai 1923, déclarant que depuis sa sortie, elle a beaucoup souffert, surtout la dernière année. Puis est apparue au niveau de son ancienne lésion une masse de plus en plus volumineuse qui a progressé, envahi tout le globe sous forme de masses bourgeonnantes rougeâtres, à surfaces ichoreuses, fétides, qui saignent au moindre contact. La tumeur examinée ne paraît pas adhérer à la voûte orbitaire ; les mouvements de l'œil sont conservés ; la tumeur est au niveau des paupières ; bridée par un anneau strictural net. La malade souffre terriblement et a maigri considérablement depuis la date récente de la récurrence.

L'*examen* encore une fois pratiqué par le *docteur Bussy*, chef du laboratoire de la clinique ophtalmologique, montre à ce moment une cornée détruite, un globe largement ouvert à ce niveau. Les lèvres de l'ouverture cornéenne sont couvertes de masses bourgeonnantes mamelonnées, parfois même pédiculées, dont l'ensemble constitue un énorme champignon mamelonné qui recouvre la perforation cornéenne. La conjonctive bulbaire paraît envahie, mais elle est encore reconnaissable. Les culs de sac sont normaux. Le 9 juin on procède à l'énucléation et à l'exentération de l'orbite : le

globe oculaire est mobile et se laisse énucléer sans montrer d'adhérences orbitaires. Le sac scléral paraît intact, Il s'agissait d'un épithélioma malpighien à globes cornés parakératosiques.



Epithéliome térébrant du limbe (Obs. I).

La malade sort le 2 juillet 1923, elle est revue le 12 du même mois, puis le 3 décembre suivant : Bon état local et général ; œil gauche normal.

OBSERVATION II

(Clinique de M. le Professeur ROLLET) (1)

Epithélioma perforant du limbe scléro-cornéen

Charpin Marie, entrée à la clinique de M. le Professeur Gayet suppléé par M. Rollet, le 4 décembre 1895. Pas d'antécédents héréditaires ; pas de diathèse néoplasique dans la famille ; santé excellente ; ménopause depuis neuf mois. La maladie qui nous occupe a fait son apparition il y a cinq mois, sous l'aspect d'une tache noirâtre sur la sclérotique, près du limbe du côté interne ; la tache s'est étendue progressivement sans trouble de la vue, qui ne baisserait que depuis quinze jours seulement. Depuis un mois douleurs dans la région orbitaire s'irradiant à la nuque et jusque dans l'épaule. A l'entrée on constate de la déformation de la coque scléroticale du côté interne, sur une largeur d'une pièce de 2 francs environ. A ce niveau la sclérotique est comme défoncée par des adhérences profondes et épiète légèrement sur la cornée qu'elle refoule ; on voit faisant hernie à travers cette portion sclérotique une masse noire de la grosseur d'un petit pois ; de gros tractus vasculaires rampent à ce niveau ; en outre une injection épiscléale assez accentuée sur le reste du globe. La pression sur le globe est douloureuse et révèle un certain degré d'hypotension. L'iris ne réagit pas à la lumière, la pupille ovale à grand axe oblique la chambre antérieure est considérablement réduite ; catarrhe purulent de la conjonctive. Le fond de l'œil se voit, mais difficilement ; on ne peut distinguer les détails, il ne paraît pas exister de décollement rétinien.

Acuité visuelle : OD, 1/7 ; OG, 5/7.

Enucléation le 9 décembre par M. le Professeur agrégé Rollet. L'examen de la pièce a été fait par le docteur Frænkel : c'était un épithélioma tubulé.

(1) Thèse de Picon, Lyon, 1897.

Examen macroscopique. — On coupe l'œil suivant le méridien passant par le milieu de la tumeur qui siège dans le segment inféro-interne de l'œil droit. A la coupe la cornée est épaissie dans sa partie interne et qu'au point correspondant à l'espace de Petit, elle a perdu sa transparence du côté interne. Son passage dans les sclérotiques est marqué par un amincissement du limbe scléro-cornéen interne qui donne lieu à une hernie de l'iris. Celle-ci est englobée aux trois



Epithéliome perforant du limbe (Obs. II).

quarts antéro-internes par des adhérences endoscléroticales et cornéennes du côté interne, tandis que du côté de ses autres segments, l'iris présente un simple adossement à la cornée. La chambre antérieure a donc disparu.

La sclérotique, de dimensions normales dans sa moitié externe et dans son quart postéro-interne, est épaissie dans toute l'étendue du segment antéro-interne et présente en dehors, du côté de la capsule de Tenon une excroissance

gris blanchâtre colorée par du sang, qui a une consistance plus ferme dans la partie adjacente à la sclérotique et dont l'épaisseur est de trois millimètres, tandis que sa partie périphérique de quatre millimètres est plus molle et paraît être du tissu conjonctif.

Du côté de la choroïde la sclérotique présente une légère adhérence au niveau de laquelle la choroïde se déchire facilement.

La choroïde présente sur sa face interne sa coloration normale dans toute l'étendue, même au niveau de la tumeur. Sa face externe, bien qu'adhérente se laisse cependant détacher de la sclérotique de sorte qu'on peut affirmer que la tumeur ne provient pas de la choroïde. Toutefois la choroïde paraît être épaissie au niveau de la partie centrale de la tumeur, de même que les parois ciliaires.

Ceux-ci sont complètement soudés avec la sclérotique et le limbe sclérocornéen et contribuent à englober la portion interne de l'iris, ainsi qu'il a été dit plus haut.

La rétine est complètement normale de même que le corps vitré qui ne présente aucun exsudat.

Le nerf optique ainsi que sa papille ne présentent rien de particulier. Le cristallin de couleur verte ne paraît pas avoir perdu de sa transparence et garde sa consistance normale.

OBSERVATION III

(PARISOTTI)

Epithélioma perforant de la conjonctive bulbaire

Homme de 54 ans qui occupe la position de journalier à l'abattoir de Grenelle. On est frappé tout d'abord par les mauvaises conditions d'hygiène dans lesquelles il vit ; le genre de travail auquel il se livre le contraint à la plus grande malpropreté. C'est dans les premiers jours de *mars* 1884 que la maladie a débuté par un petit bouton à l'extrémité interne à peu près du diamètre horizontal principal

de la cornée de l'œil gauche. Le malade dit que ce bouton avait alors une couleur blanc jaunâtre et la grosseur d'une tête de petite épingle. La surface en était unie, à son dire, et d'après ce qu'on avait pu en savoir des personnes environnantes.

Le bouton une fois paru a continué à augmenter progressivement et on remarqua sa tendance à s'étendre sur la surface du globe oculaire. Le malade ne tarda pas à se présenter à une clinique d'ophtalmologie. Là, de prime abord, on se borna à inciser et à brûler ; trois mois après on incisa et on brûla de nouveau. Mais comme la maladie et les souffrances au lieu de cesser augmentaient toujours, il voulut s'adresser à un autre oculiste et se présenta à la clinique du Docteur Galezowski au commencement du mois d'août. Un traitement antisypilitique d'épreuve ne donna aucun résultat. Les souffrances devenant de plus en plus fortes, on proposa l'énucléation au malade qui n'hésita point à l'accepter.

Quand le malade se présenta pour la première fois l'état de son œil était le suivant :

A la portion interne du bord cornéen, on observait une ulcération, dont le centre coïncidait à peu près avec l'extrémité interne du grand diamètre horizontal de la cornée. Cette ulcération s'étendait à un demi-centimètre environ sur la conjonctive bulbaire, qui était du reste son siège primitif. Le fond avait une coloration blanc lardacée, et lorsqu'on le regardait avec une loupe, on pouvait y remarquer une petite quantité de saillies et d'enfoncements. Les bords de l'ulcération formaient relief sur les parties environnantes et étaient déchiquetées. La sécrétion était fort peu abondante et d'un liquide sanieux. La conjonctive, qui avoisinait l'ulcération, présentait une infection qui toutefois n'était pas assez remarquable par rapport à l'étendue de l'ulcération. La palpation de la partie ulcérée donnait une sensation de consistance ferme, un peu élastique. La cornée avait une teinte opaque, grisâtre, diffuse. Le malade voyait encore de cet œil, cependant le champ visuel était quelque peu rétréci du côté temporal. Ensuite, tandis que l'ulcération principale restait à peu près stationnaire, on a vu se présenter et deve-

nir de jour en jour plus marquée, derrière la cornée, une masse grisâtre à surface sillonnée en forme de champignon, qui recouvrait tous les jours davantage la surface antérieure de la portion interne de l'iris.

Le malade accusait constamment une augmentation des douleurs dans l'œil et au pourtour de l'orbite, douleurs qui, du reste existaient déjà lors de la première consultation. Elles augmentaient au point de lui ôter le sommeil. La vision existait encore à ce moment assez satisfaisante, mais le champ visuel du côté temporal était complètement perdu. L'ophtalmoscope donna raison de ce fait, en montrant un large décollement de la rétine du côté interne.

Ce fut alors qu'on excisa une petite partie de la périphérie de l'ulcération. Celle-ci examinée au microscope confirma d'une manière irréfutable le diagnostic déjà formulé : épithélioma de la conjonctive. Le décollement de la rétine, l'invasion de la chambre antérieure par la néoplasie suffisaient déjà pour prouver qu'une opération limitée, ayant pour but la conservation de l'œil aurait été inutile et dangereuse pour le malade, car selon toute probabilité, il devait y avoir eu une invasion de la tumeur dans les parties profondes. C'est pourquoi le Docteur Galezowski proposa, deux jours après, l'énucléation, qui fut, comme on l'a dit déjà, acceptée sans hésitation et pratiquée le lendemain.

En divisant l'œil en deux parties au moyen d'une incision longitudinale passant à côté de l'ulcération externe, je trouvai presque la moitié de la chambre antérieure occupée par une masse grisâtre pultacée, semblable à du riz ayant subi une forte cuisson. Examinée au microscope, elle s'est montrée composée par un amas de cellules épithéliales dont plusieurs déjà en état d'évolution épidermique complète. Le corps vitré et le cristallin étaient en bon état.

Les deux tiers à peu près de la région ciliaire se trouvaient considérablement épaissis par une masse qui en avait occupé le siège. La choroïde, du côté de l'ulcération visible à l'extérieur, était soulevée pour un tiers de sa périphérie ; le soulèvement était bilobé et produit par une masse solide, située au-dessous de la choroïde. Il dépassait en arrière de

quelques millimètres l'équateur de l'œil. La rétine était décollée dans toute sa portion interne. Le cas était assez intéressant pour demander un examen histologique.

Cet examen pratiqué révéla que la membrane de Bowmann en quelques points était détruite ou en voie de destruction. On pouvait voir des agglomérations de cellules épithéliales dans l'épaisseur même de la substance propre de la cornée. La masse principale de la tumeur dans la région ciliaire et en partie sous la choroïde montrait des cellules épithéliales disposées en groupes ronds et délimités par du tissu fibrillaire ; elles avaient les formes les plus variées, et quelques-unes, au centre, étaient déjà arrivées à l'évolution épidermique complète : à d'autres endroits elles prenaient la forme de cylindres. Les vaisseaux, qui apparaissaient dilatés dans la portion de la choroïde, qui commençait à loger le néoplasme, montrait une abondante hyperplasie de leur endothélium. Un globe épidermique était bien visible dans l'endroit correspondant à l'ulcération externe.

Quant à la sclérotique, elle était complètement intacte au milieu de tous ces tissus profondément altérés.

Des cellules épithéliales jeunes, assez éloignées, infiltrées étaient entre les lames de la cornée.

Une autre étude, et sans contredit la plus intéressante, fut faite, correspondant à la périphérie de l'ulcération externe. On voyait la cornée, et la portion de la masse néoplasique du côté de la conjonctive. Les images qu'on y apercevait étaient des coupes transversales de cylindres épithéliaux. Ici le développement de la tumeur était plus complet que dans la partie inférieure de l'œil. Rien que pour cela le microscope aurait déjà pu fixer le point de départ de la tumeur dans la conjonctive. Presque tous ces globes épithéliaux présentaient, au centre, des cellules en évolution épidermique complète. L'iris était correspondant à la première étude histologique. On pouvait remarquer des fibres encore saisissables, quoique fort altérées, du muscle ciliaire. Mais un point de la coupe devait attirer l'attention : on observait un prolongement de couleur jaunâtre, qui partait de la portion conjonctivale de la tumeur, montait en affectant une direction oblique de dehors en dedans, se bifurquant à un

certain point, et une des branches qui résultaient de cette bifurcation semblait aller aboutir à la portion intraoculaire de la tumeur. On pouvait supposer d'après cette extension la marche que la néoplasie avait suivie pour se propager de l'extérieur à l'intérieur : le prolongement marquait le trajet de branches perforantes des artères ciliaires antérieures. Les gaines lymphatiques de ces branches auraient été la voie de propagation de la maladie.

OBSERVATION IV

(REMAK)

Epithélioma perforant de la conjonctive bulbaire

Deux tumeurs rouge chair, recouvrant la cornée ; la première n'avait pas envahi la cavité oculaire, la deuxième avait perforé l'œil au bas du limbe ; il s'en était suivi une exsudation fibrineuse et pigmentaire due à une endocystite localisée en ce point. A l'examen on a reconnu dans le premier cas la nature sarcomateuse et dans le deuxième la nature épithéliale de la tumeur dont quelques franges se prolongeaient jusque dans le canal de Schlemm et le corps ciliaire.

OBSERVATION V

(CASPAR)

Epithélioma du limbe ayant pénétré dans l'œil

Homme de 48 ans qui, depuis trois mois, avait remarqué sur le bord interne de la cornée, une saillie rougeâtre siégeant sur le limbe, de 23 millimètres de longueur sur 18 de largeur et 5 de hauteur ; les paupières étaient rouges et laissaient sourdre une sécrétion jaunâtre. Le malade souffrait

d'une grande photophobie. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire. L'énucléation ne fut pas suivie de récédive ni locale, ni générale. Au microscope, on trouve de l'épithélioma ; la coupe du bulbe montre que la soudure cornéenne est disjointe par un prolongement de la tumeur qui s'enfonce dans l'intérieur de l'œil ; le prolongement remplit l'angle de la chambre antérieure et se place entre le corps ciliaire décollé et la sclérotique.

OBSERVATION VI
(PASQUALE SGROSSO)

Epithélioma perforant de la conjonctive bulbaire

Homme de 62 ans. Depuis longtemps, injection vasculaire circonscrite dans l'angle externe, disparaissant et revenant souvent depuis quelque temps, injection permanente, apparition d'un nodule livide du volume d'une tête d'épingle. Cautérisation au nitrate d'argent. Accroissement progressif. Envahissement de tout le segment antérieur de l'œil qui est recouvert par une masse charnue présentant des lobules d'un rose livide à leur sommet et striés de noirâtre à leur base. Mouvements du bulbe conservés. Mais on ne peut découvrir les régions équatoriales. Une grande partie des culs de sac de la conjonctive palpébrale étant indemnes. Pas de douleurs. Perception lumineuse simple. Enucléation. Au pôle antérieur du bulbe, les *membranes d'amincissent et la tumeur pénètre dans la chambre antérieure, et passant au-dessus du cristallin envahit le corps vitré. Le corps ciliaire et une partie de la choroïde temporale sont atteints, infiltrés.* La sclérotique est distincte dans une partie de la tumeur, mais le reste est confondu avec la tumeur. Caractères de l'épithélioma.

Elle est ulcérée sur toute sa surface. Par une coupe méridienne faite dans le plan horizontal, cette tumeur est partagée en deux parties égales et l'on peut aussi très aisément se rendre compte des rapports du néoplasme. La tumeur est adhérente au niveau du limbe sclérocornéen et du segment externe de la cornée, très épaissie à cet endroit.

La chambre antérieure, comme l'examen clinique le démontrait, est indemne ; à l'œil nu on se rend très bien compte que la tumeur adhère à la cornée dans une étroite zone. Le reste de la cornée est en simple contact avec le néoplasme ; au-dessous de lui on reconnaît les conjonctives qui le sépare de la sclérodiqué.

Microscopiquement, dans les rapports de cette tumeur avec le limbe, on peut voir l'infiltration lente des cellules à travers les lames de la membrane sclérocornéenne. On remarque particulièrement des îlots épithéliaux qui se dirigent vers le canal de Schlemm.

La cornée est, après l'angle de filtration, la partie la plus intéressante ; elle s'est épaissie dans une assez notable étendue ; mais en s'épaississant elle a conservé sa structure normale ; nulle part les cellules épithéliales n'ont pu l'infiltrer. Comme dans tous les cas de ce genre, elle a fait preuve d'une très grande force de résistance.

OBSERVATION VIII

(LAGRANGE)

Epithélioma du limbe sclérocornéen. Pénétration dans le limbe

F. B..., 65 ans. Pas d'antécédents héréditaires. La malade a reçu, il y a six ans, un violent coup sur l'œil droit. Après avoir souffert quelque temps la malade découvre sur son œil droit, il y a deux mois, une excroissance charnue, épaissie. Elle se présente à nous les paupières œdématisées, rouges,

luisantes, fermées, donnant passage à une abondante sécrétion mucopurulente. On relève la paupière supérieure. On constate à la partie supéro-interne une tumeur de la grandeur d'une pièce de 1 franc ; ayant déjà commencé à envahir une partie de la cornée, mais s'étendant principalement sur le limbe et un peu en arrière de cette région adhérente en ce point. Pas d'adhénite. Enucléation.

L'œil énucléé présente une coque intacte en tous ses points, sauf en la région occupée par le néoplasme. Celui-ci a le volume d'une petite amande régulière. Cette tumeur siège exactement au niveau du limbe en s'avancant sur la cornée de trois millimètres et en arrière sur la sclérotique, mais l'adhérence à la coque n'existe qu'au niveau du limbe ; sur une coupe on voit que c'est par là que la tumeur a pénétré à l'intérieur de l'œil. Elle a repoussé un peu le cristallin, mais elle a surtout fait sa place aux dépens du corps vitré. Epithélioma.

OBSERVATION IX

(LAGRANGE)

Epithélioma du limbe. Ablation simple. Récidive. Enucléation

M..., 58 ans, cultivateur. Maladie cornéenne en 1888, excision du néoplasme en 1891, récidive ; tumeur occupe limbe sclérocornéen dans l'œil gauche ; avait envahi la moitié externe de la cornée et la conjonctive bulbaire jusqu'au cul-de-sac conjonctival externe. Enucléation. Guérison.

A l'examen histologique on constate que les cellules épithéliales ont commencé à s'introduire dans l'intérieur de l'œil au niveau même de la soudure sclérocornéenne, en face du canal de Schlemm.

OBSERVATION X

(BEAUVIEU et PESME)

Epithélium pavimenteux lobulé à globes épidermiques de la conjonctive bulbaire

B..., de Marsillac (Gironde), âgé de 51 ans, a été atteint d'une conjonctivite rebelle durant l'année 1916. En 1917 il vit apparaître un bouton « sur le blanc de l'œil, dit-il » : Mobilisé, il fut envoyé en consultation à Bordeaux, où l'on nota l'existence d'une petite tumeur juxtalimbique. B... partit aux armées jusqu'en 1919. A cette époque l'affection évoluant avec rapidité, il fut hospitalisé pour « perte de la vision » par hemorrhagies profuses intraoculaires, *suite de la perforation du globe*. Le 15 juillet 1920, exentération orbitaire. Le malade est mort dans le cours de l'année 1921 d'une affection non précisée.

Après section du globe on voit le néoplasme siéger à la partie supérointerne de la conjonctive bulbaire. Il a le volume d'une grosse amande à deux prolongements vers le limbe. Le prolongement inférieur pénètre à l'intérieur du globe exactement en regard de la jonction néoplasique et par un exsudat sous-rétinien. La coloration des masses cancéreuses est gris blanchâtre et l'on distingue avec peine la sclérotique en partie envahie.

L'examen microscopique révèle la structure d'un épithélioma pavimenteux, à globes épidermiques : grosses cellules à noyaux fortement colorés, boyaux cellulaires volumineux, globes cornés, donc cutanés, vides de leur contenu. Pas de dégénérescence colloïde. Le point de pénétration est, nous l'avons dit, au niveau du limbe. Dans cette zone existe une véritable dislocation de la soudure sclérocornéenne où l'on voit la sclérotique divisée en deux faisceaux par une coulée épithéliomateuse. Un peu plus haut se trouve un nodule qui a envahi toute la région ciliaire, détruisant les procès, infiltrant la base de l'iris en avant et gagnant en arrière la choroïde jusqu'à l'ora senata où le néoplasme s'arrête. Un autre

noyau, plus bas situé, après avoir détruit le corps ciliaire, dont il ne subsiste plus que des débris pigmentaires, s'est insinué dans l'espace suprachoroïdien, décollant l'uvée et la rétine indemnes à cet endroit.

L'étude au fort grossissement du point de pénétration limbique montre que les cellules envahissent la cornée et la sclérotique en dissociant les lamelles et en les rendant méconnaissables. Le canal de Schlemm est borné d'éléments cancéreux, ainsi que l'angle de la chambre antérieure et la racine de l'iris. On rencontre en divers points des amas de cellules inflammatoires en particulier dans les proportions du tractus uvéal qui recouvrent la tumeur et dans les couches superficielles du corps vitré.

OBSERVATION XI

(BEAUVIEU et PESME)

Carcinome conjonctivo-palpébral

M..., 70 ans, cultivateur à Ambarès, se présente à la consultation du Professeur Lagrange en avril 1920. On constate l'existence d'une volumineuse tumeur de la grosseur d'une noix, englobant au niveau de l'angle externe les deux paupières ainsi que les culs-de-sac conjonctivaux supérieur et inférieur. Le néoplasme s'avance jusqu'au centre de la cornée. Mais, à l'aide d'une sonde, il est facile de le soulever et de se rendre compte qu'il ne contracte aucune adhérence avec les plans sous-jacents, tout au moins à cet endroit. Aux dires du malade les premiers symptômes furent ceux d'une conjonctivite peu marquée, mais rebelle à tout traitement. Puis apparut une bosselure sur la conjonctive angulaire externe, dont le sommet s'ulcéra et s'accompagna de fréquents suintements sanguinolents. Malgré les topiques employés, l'extension se fit rapidement et décida M... à se faire opérer. Le 7 août 1920, exentération sous-périostée

de l'orbite, en comprenant dans l'exérèse la portion du voile palpébral infiltrée.

Examen macroscopique. — A la coupe, tumeur dure, rougeâtre par hémorragies interstitielles. Les paupières détruites et méconnaissables font corps avec elle. Dans tout le segment antérieur elle adhère intimement à la sclérotique en haut et en bas et recouvre en partie la cornée.

Examen microscopique. — Epithélioma pavimenteux tubulé typique : boyaux cellulaires formés de gros éléments épithéliaux avec nombreuses figures de kariokynèse. La pénétration intraoculaire paraît emprunter la voie cornéenne périlimbique. Sur une coupe faite à un endroit où la cornée semble moins atteinte, nous voyons les lames superficielles dissociées par les boyaux néoplasiques ; sur une autre, la dissociation des lamelles est plus accentuée, plus profonde et quelques noyaux arrivent au contact de la membrane de Descemet. Sur une troisième préparation la cornée n'existe plus. Le néoplasme, pour gagner la chambre antérieure ne trouve plus devant lui que le faible obstacle de la Descemet. Cet envahissement cornéen au fort grossissement est produit par le clivage des lames cornéennes, par les éléments cancéreux au niveau du limbe sclérocornéen. Ces éléments décollent l'épithélium antérieur conjonctival qui, repoussé en avant, s'est replié sous l'épithélium cornéen et s'est soudé à lui. La membrane de Bowmann est également soulevée et la barrière épithéliale franchie, la tumeur s'est attaquée à la cornée, la détruisant après en avoir dilacéré le tissu propre. Sur la troisième préparation, en effet, on ne retrouve plus trace des lamelles transparentes. Les tubes épithéliaux arrivent au contact de la Descemet, qu'en aucun point nous n'avons trouvé franchie.

Les lésions observées au niveau de l'angle iridocornéen sont également très instructives. Les lamelles sclérales superficielles sont dissociées ; des trainées cellulaires se voient de ci de là en direction du canal de Schlemm, du tendon du muscle ciliaire et le long des vaisseaux ciliaires. On en voit, en particulier dans la gaine lymphatique des veinules qui émergent du canal et se dirigent vers l'épiscière. Dans certaines coupes le canal de Schlemm, indemne sur beaucoup

de préparations, est bourré de cellules tumorales. Mais celles-ci ne sont pas étendues vers la racine de l'iris et le tissu trabéculaire de la région, et à aucun endroit n'ont pénétré dans la chambre antérieure. L'envahissement du globe en est donc encore au stade initial.

OBSERVATION XII

(BEAUVIEU et PESME)

Epithélioma pavimenteux tubulé conjonctivo-palpébral à type carcinomateux

D..., cultivateur aux Chateliers (Charente), 55 ans, était atteint d'une inflammation de la conjonctive de l'œil droit depuis 1913. En 1917, étant mobilisé, on lui fit, à Angoulême, une série de cautérisations. Malgré ce traitement, D... remarqua l'apparition d'une grosseur sous la paupière supérieure qui s'accrût lentement. En décembre 1920, il vient consulter le professeur Lagrange qui constate la présence d'une énorme tumeur de la région conjonctivo-palpébrale. La masse tumorale englobe d'une manière diffuse les deux paupières et recouvre entièrement le globe qui est invisible. Vers le milieu de la masse on reconnaît encore l'ancienne fente palpébrale par où s'écoule un liquide sanieux.

Le 17 décembre, large exérèse des tissus palpébro-conjonctivaux envahis, puis exentération sous-périostée de l'orbite. En 1921 se produit une récurrence au niveau de la cicatrice opératoire et le malade est soumis à la radiothérapie. En novembre 1921, état stationnaire, mais engorgement des ganglions préauriculaires. Malgré nos efforts nous n'avons pu avoir de renseignements à son sujet depuis cette date.

Examen macroscopique. — Sur une section passant par le milieu de la masse enlevée, on note que la tumeur a le volume d'un gros œuf de poule. Le tissu qui la constitue est très dense et d'un aspect gris rougeâtre. Le néoplasme enchasse

complètement tout le segment antérieur du globe oculaire jusqu'à l'équateur et il est impossible de reconnaître le voile palpébral et les culs-de-sac conjonctivaux. Les milieux oculaires paraissent indemnes, le cristallin occupe sa place normale, pas de décollement de la rétine, ni de nodules cancéreux métastatiques.

Examen microscopique. — Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux tubulé qui, par endroits affecte l'aspect carcinomateux. En certains points, les cellules cancéreuses réunies en boyaux volumineux sont parcourues par de faibles trames conjonctives ; en d'autres les boyaux cellulaires sont enfermés dans d'innombrables alvéoles conjonctivales tassées les unes contre les autres.

Le néoplasme a attaqué la coque oculaire en deux régions :

1° *Au niveau de la cornée.*

2° *Au niveau du limbe.*

La cornée, enchassée dans la masse néoplasique, est entièrement dissociée par des tubes de cellules épithéliales. Si, par places, une faible épaisseur des lames cornéennes est encore conservée, en d'autres, et, notamment au centre de la membrane, il ne subsiste aucune trace de leur présence. Les amas cellulaires arrivent, comme dans le cas précédent, au contact de la Descemet ; mais, quelle que soit la préparation examinée, nulle part nous n'avons observé la rupture de la limitante et de son endothélium. Dans la région limbique, la cornée a conservé davantage sa structure lamellaire normale ; on note bien une faible dissociation des couches superficielles, mais, seul le fort grossissement permet de se rendre compte que les espaces interlamellaires sont bourrés de cellules cancéreuses, progressant par infiltration diffuse. Dans la même zone, on peut reconnaître le moindre vestige de la membrane de Bowmann et de l'épithélium cornéo-conjonctival. Aussi, la masse de la tumeur étant trop considérable, il n'est pas possible d'affirmer que la propagation vers la cornée s'est produite par clivage de ces éléments.

Au niveau du limbe, vers la sclère, les couches superficielles de la coque fibreuse sont également dissociées par infiltration des boyaux cellulaires. D'une façon générale,

cependant, la sclérotique est fort peu intéressée. Dans cette région, l'examen microscopique décèle nettement la progression de la tumeur vers la profondeur. La pénétration s'effectue par les vaisseaux ciliaires antérieurs et principalement le long des gaines lymphatiques. Presque tous les tubes vasculaires, ainsi que le canal de Schlemm, sont farcis d'éléments néoplasiques. Au fort grossissement, on en retrouve jusque dans les mailles des espaces de Fontana et dans les interstices du ligament pectiné, vers la base de l'iris.

OBSERVATION XIII

(FUSITA)

Un cas de carcinome du limbe

Chez un malade de 74 ans, on trouve un carcinome sur le limbe, recouvrant en partie la cornée. Histologiquement, on voit que le carcinome a pris naissance sur les papilles du limbe. *Les cellules néoplasiques s'avancent le long des vaisseaux ciliaires jusqu'au corps ciliaire et à la racine de l'iris.*

Conclusions.

I. — Le limbe scléro-cornéen est le lieu d'élection de l'épithélioma qui, là, comme ailleurs, se présente cliniquement sous l'aspect d'une petite production mamelonnée, rougeâtre et saignante, sessile ou pédiculée, avec le volume d'une lentille, d'un pois, d'un petit champignon.

II. — Cette tumeur maligne est, disent les classiques, d'une bénignité relative car elle est parasclérale, paraoculaire. Nous montrons que sa gravité peut être grande si elle devient intraoculaire.

III. — Il semble que ces voies d'entrée dans le globe puissent être variables : Il peut y avoir :

1° Soit : Erosion directe du limbe, infiltration des lames de la ligne de soudure scléro-cornéenne et pénétration en sa face profonde du sinus veineux annulaire de Schlemm doublé du système trabéculaire postérieur.

2° Soit: Envahissement par la voie sanguine à la faveur des vaisseaux ciliaires perforants artériels ou veineux (embolie ou envahissement de proche en proche).

3° Soit : Propagation par voie lymphatique (vaisseaux lymphatiques ou gaines lymphatiques périvasculaires).

IV. — On peut observer dans ces voies d'entrée, soit une pénétration oculaire discrète, une perforation minime, c'est, dirons-nous la forme *perforante* ; soit, comme dans l'observation inédite de la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet, une forme rongeante et *térébrante* dans laquelle le globe est largement ulcéré.

V. — Ces tumeurs affectent trois types histologiques :

a) L'épithélioma malpighien qui est dans l'immense majorité des cas spino-cellulaire et plus rarement baso-cellulaire ;

b) Le sarcome non pigmenté très rare ;

c) Le mélanosarcome qui représente probablement la transformation maligne d'un nævus pigmentaire.

VI. — Il est classique aujourd'hui de rejeter l'enucléation d'emblée conseillée par les anciens auteurs. Sans doute on peut guérir pour un temps l'épithélioma limbique par l'excision ou les rayons X, mais tout

malade ainsi opéré doit être suivi attentivement, afin de pratiquer l'énucléation au moindre signe d'envahissement oculaire ; car, il ne faut pas oublier les récidives qui, comme nous le montrons, peuvent être envahissantes, nécessitant l'exentération.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

E. ROLLET

LE DOYEN,

Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 17 Mars 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

Bibliographie.

- ALT. — Anatomie pathologique de l'épithélioma du limbe scléro-cornéen. (*Compend. des Norm. und Patholog. Hist. des Augens*, 1880.)
- ALT. — Some interesting tumors. (*Amer. Journ. of opht.*, 1909.)
- BARMETTLER. — Contribution à l'étude morphologique et histologique des tumeurs épibulbaires. (*Giornale Internazionale delle Scienze mediche*, 1907.)
- BASEN. — (*Annali di Ottalmologia*, 1888.)
- BEAUVIEU et PESME. — De la propagation des tumeurs malignes de la conjonctive et des paupières à l'intérieur du globe oculaire. (*Archives d'Ophtalmologie*, avril 1923.)
- BOITEAU. — De l'épithélioma de la conjonctive. (*Thèse de Paris*, 1862.)
- BUSHMAN. — Recuring conjunctival tumor. (*Ann. Journ. opht.*, 1922.)
- BRITTO (DE). — Epithélioma de la cornée. (*Arch. d'Opht.*, 1904.)
- CASPAR. — Maligne Ges. epith. nat. (*Arch. für Augenh.*, 1892, p. 181.)
- CHRISOLM. — (*The Lancet*, 1872.)
- COSMETTATOS. — (*Annales d'oculistique*, 1918, p. 32.)
- DARIER. — (*Traité complet de thérapeutique oculaire*, Paris, 1921.)
- DELORD et REVEL. — (*Annales d'oculistique*, 1909.)
- DEMME. — (*Schweiger Zeitsch*, 1864.)

- FAGE. — Pronostic et traitement de l'épithélioma du limbe scléro-cornéen. (*Société d'Opht. de Paris*, p. 126, 1893.)
- FERJUS. — Malignant disease of the conjunctiva. (*Opht. Soc. of the Un. K.*, 1905.)
- FIEUZAL. — (*Bulletin des Quinze-Vingts*, 1893.)
- FUCHS. — (*Traité d'ophtalmologie*, 1892, Paris.)
— (*Klin. für Augenh.*, 1916.)
- FUSITA. — Un cas de carcinome du limbe. (*Jubilé du Professeur Komoto, de Tokio et Revue générale d'ophtal.*, 1921, p. 437.)
- GALEZOWSKI. — (*Recueil d'ophtalmologie*, 1888.)
- GRAEFE. — (*Arch. für opht.*, vol. XXXIII.)
- GREEF. — (*Die Pathologische Anatomie des Auges*, 1902.)
- HEDDGENS. — (*Arch. für Augenh.*, 1878.)
- HOOR. — Zur Malignität des gefärbten Tumoren des Auges. (*Klin. Monat.*, 1913.)
- KALT. — Dermo-épithéliome de Parinaud. (*Arch. d'Opht.*, 1889.)
- KNAPP. — (*Arch. für Augenh.*, XIX.)
- LAGRANGE. — De l'épithélioma de la conjonctive bulbaire. (*Soc. Franç. d'Opht.*, 1892.)
— Trois cas de tumeurs épithéliales épibulbaires. (*Arch. d'Opht.*, 1893.)
— (*Traité des tumeurs de l'œil*, Paris, 1901.)
- LEMELLETIER. — De l'épithélioma primitif de la conjonctive bulbaire et en particulier du limbe scléro-cornéen. (*Thèse Paris*, 1893.)
- MEYER. — *Annales d'Oculistique*, 1881, et *Revue générale d'Ophtalmologie*, 1884.
- PANAS. — (*Traité des maladies des yeux*, Paris, 1894.)
- PARISOTTI. — Sur un cas d'épithélioma du limbe scléro-cornéen (*Recueil d'ophtalmologie*, 1885, et *Histologie path. de l'œil*, p. 54, Paris, 1904).
- PARSONS (J.-H.). — (*The Pathology of the Eye*, London, Hodder, 1904).
- PICON. — De l'épithélioma du limbe scléro-cornéen (*Thèse, Lyon*, 1897).
- PONCET (de Vichy). — (*Communication à l'Académie de Médecine*, 20 décembre 1892).

- REMAK. — Epithélioma perforant de la conjonctive bulbaire (*Arch. für Augenh.*, 1886).
- ROBINEAU. — De quelques variétés de tumeurs malignes de la conjonctive (*Thèse, Paris*, 1882).
- ROLLET. — Epithélioma épibulbaire (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 9 nov. 1904).
- La radiothérapie en ophtalmologie (*Journal de Médecine de Lyon*, mars 1921).
- ROLLET et BUSSY. — Epithéliome épibulbaire. Radiothérapie. Guérison (*Société d'Ophtalmologie de Lyon*, juin 1920).
- SHUMWAY. — Tumors of the conjunctiver (*Journ. of the Ann. Med. Am.*, 1903).
- SICHEL. — El. éco. de Paris, 1859.
- SGROSSO (Pasquale). — Contribuzione alla morfologia ed alla struttura dei tumori epibulbari. (*Annali di Ottalmologia*, 1892.)
- TERRIEN. — (*Précis d'ophtalmologie*, p. 160, 1908.)
- TESTUT. — (*Traité d'anatomie descriptive*, Paris, 1911.)
- THOU. — Contribution à l'étude de quelques tumeurs rares de la conjonctive. (*Thèse Paris*, 1879.)
- VALUDE. — (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 1891.)
- WECKER (DE). — (*Traité des maladies des yeux*, Paris, 1869.)
-

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	9
Introduction et Historique.....	11
Chapitre premier. — Le limbe scléro-cornéen et le mécanisme de pénétration des épithéliomas limbiques à l'intérieur de l'œil.....	15
Chapitre II. — Anatomie pathologique.....	21
Chapitre III. — Symptomatologie.....	23
Chapitre IV. — Diagnostic.....	27
Chapitre V. — Pronostic.....	31
Chapitre VI. — Traitement.....	35
Observations.....	39
Conclusions.....	61
Bibliographie.....	64
